

## 14 artículo

Víctor Vallés Gállego [[Buscar autor en Medline](#)]



### La medicina rural y los equipos directivos: particularidades de la gestión sanitaria en dicho medio

[Ver resumen y puntos  
clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

##### Introducción

El **objetivo** perseguido con el presente trabajo es aportar algunos elementos para la reflexión acerca de las características que rodean al ejercicio de nuestra profesión, en estos tiempos y en nuestro medio, en un territorio de predominio rural, desde la perspectiva que aportan los 10 años de experiencia personal del autor en la gestión de atención primaria. No se pretende la exhaustividad, ni tampoco presentar nuestras opiniones como datos objetivos; cabe decir que la fotografía que pueda resultar de lo que sigue, más o menos borrosa, estará además condicionada, aparte de por la experiencia directiva, por 17 años previos de trabajo del que esto escribe como médico rural.

Entiendo que es preferible utilizar elementos conocidos para la descripción, y por ello vamos a servirnos del Sector Sanitario de Barbastro para la exposición, en la seguridad de que el lector podrá encontrar más similitudes que diferencias, si compara con otras áreas o sectores del territorio nacional.

El sector de Barbastro abarca el territorio nororiental de la Comunidad Autónoma de Aragón, se extiende desde los Pirineos (Aneto, con 3404 mts de altitud, clima atlántico-alpino) hasta el río Ebro en Fayón (clima estepario, 80 mts sobre el nivel del mar) (**Imagen 1**, **Imagen 2**)

Superficie	7.500 km. cuadrados
Población	107.000 habitantes
Nº de Zonas de Salud/ EAP	15
Puntos de atención continuada (AC) de 24 horas	17
Consultorios locales	136
Consultas medicina / año	996.892
Consultas enfermería / año	517.585
Actividad AC / año	132.670
Cupo médico mayor	2.100
Cupo médico menor	186

Plantilla sanitaria.

Médicos EAP	93
Enfermeras EAP	86
Pediatras	12
Refuerzos de medicina	59
Refuerzos de enfermería	40

Otras características del Sector:

- Cobertura universal, con escasa presencia de proveedores privados en A.P.
- Zonas de alta y media montaña, con baja densidad de población y mucha dispersión geográfica (rurales y remotas: "rural and remote areas")
- Tendencia a la pérdida de profesionales, hacia zonas limítrofes y urbanas.

##### Población

Es conveniente hacer mención a alguna de las características demográficas de nuestra población. Es muy probable que muchas partes del interior rural español estén teniendo

#### bibliografía

1. BOA. ORDEN de 13 de mayo de 1997 del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo por la que se dispone la publicación del listado correspondiente a los Centros de Salud Urbanos.
2. BOA. ORDEN de 26 de enero de 2004 del Departamento de Salud y Consumo por la que actualiza la clasificación de las Zonas de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Servicio Aragonés de Salud. Contrato de Gestión 2007.
4. SALUD. Contrato de Gestión de los Equipos de Atención Primaria 2007.
5. Buisán MJ, Garjón J, Valles V,. Índice Sintético de Calidad de Prescripción y su relación con otras variables del entorno. (original pendiente de publicación)

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



realidades demográficas paralelas:

Zona de salud	POBLACION	Porcentaje crecimiento	Índice de vejez(>65a) zona de salud	de índice de infancia (<14 zona de salud)
	2005	2000-2005	2004	2004
<b>ABIEGO</b>	<b>1130</b>	-3,00%	39,6%	7,4%
<b>AINSA</b>	<b>4335</b>	7,84%	27,5%	11,3%
<b>ALBALATE</b>	<b>6084</b>	0,93%	28,9%	10,9%
<b>BARBASTRO</b>	<b>20463</b>	5,13%	24,4%	13,3%
<b>BENABARRE</b>	<b>2218</b>	-3,19%	38,4%	9,1%
<b>BERBEGAL</b>	<b>2115</b>	-5,45%	39,9%	7,1%
<b>BINEFAR</b>	<b>12241</b>	5,15%	24,3%	12,2%
<b>CASTEJON DE SOS</b>	<b>4592</b>	19,68%	22,0%	11,7%
<b>FRAGA</b>	<b>17737</b>	8,05%	21,2%	14,0%
<b>GRAUS</b>	<b>6133</b>	5,38%	33,40%	10,6%
<b>LAFORTUNADA</b>	<b>1399</b>	0,07%	32,91%	9,3%
<b>MEQUINENZA</b>	<b>2879</b>	0,56%	26,80%	12,4%
<b>MONZÓN URBANO</b>	<b>15806</b>	7,78%	20,9%	14,6%
<b>TAMARITE</b>	<b>7737</b>	-4,75%	35,2%	9,71%
<b>MONZÓN RURAL</b>	<b>3054</b>	-2,71%	34,4%	8,64%
<b>TOTAL SECTOR</b>				
<b>BARBASTRO</b>	<b>107923</b>	<b>4,67%</b>	<b>26,0%</b>	<b>12,8%</b>
<b>TOTAL ARAGON</b>	<b>1269027</b>	6,23%	21,6	12,4%
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>44.108.530</b>	8,91%	17,10%	15,10%

Fuente. INE, IAEST, 2005.

El **crecimiento demográfico** de nuestra población en los últimos 5 años ha sido del 4.67 %, dos terceras partes menos que la de Aragón y la mitad de porcentaje de crecimiento que la población española. Aun con todo, **este crecimiento invierte por primera vez en casi 100 años la tendencia anterior de pérdida de población de nuestro territorio**, debiéndose principalmente a la **emigración recibida**. Se observa fundamentalmente en dos tipos de territorio:

- las zonas de montaña, motivado por el auge del turismo de invierno (Castejón de Sos, Aínsa, Graus)
- las zonas más ricas, con regadío, e industrialización, pertenecientes a lo que podríamos llamar ejes de comunicación del río Cinca con pequeñas ciudades de 10-20.000 habitantes (Barbastro, Monzón, Binéfar, Fraga). En el resto de las zonas de salud no hay apenas crecimiento, o éste es incluso negativo en aquellas más rurales y con menores actividades económicas (Abiego, Benabarre, Berbegal, Tamarite y Monzón rural).

El **envejecimiento** de nuestra población es superior a la media de Aragón en 5 puntos (índice de vejez de mayores de 65 años de 26%, en Aragón del 21,6%) y nueve puntos más que el de España (17,1%). El índice de envejecimiento es lógicamente muy superior en las Zonas de Salud con crecimiento demográfico negativo (del 35% al 40%).

El porcentaje de menores de 14 años es especialmente esperanzador: cuatro décimas superior al de la media de Aragón, y aun es mayor en las zonas ricas del eje del Cinca.

#### LA "RURALIDAD" ¿Qué es un EAP rural?

El entrecomillado más arriba del término rural viene dado por la dificultad para encontrar criterios que definan de forma objetiva y coincidente con una realidad percibida: la condición de rural de una Zona de Salud. Si revisamos los diferentes criterios utilizados en los últimos 15 años observaremos importantes discrepancias:

- El criterio establecido por INSALUD que definía como Zona de Salud Urbana aquella con población en cabecera superior a 10.000 habitantes es asumido por nuestra CCAA en 1997<sup>1</sup>.
- El Departamento de Salud aplica en 2004 criterios de ordenación farmacéutica y define como Zona de Salud Urbana aquella que concentra en uno de sus municipios, al menos, el 80% de la población de dicha zona<sup>2</sup>.

El **complemento económico retributivo "G" (de Geográfico)**, creado en los años 90 por el extinto INSALUD, responde a una fórmula compleja que valora la distancia de los núcleos periféricos con respecto a la cabecera, y va del G1 (nula dispersión) al G4 (mayor dispersión). Su origen está en el inicio de la reforma de la Atención Primaria y en la creación de los Equipos de Atención Primaria (EAP). En ese momento, desde un punto de vista conceptual, se concibe al equipo como a un grupo de profesionales que comparte población, territorio y objetivos, con responsabilidades compartidas, incluidas retribuciones y guardias permanentes de 24 horas (la llamada atención continuada), de manera tal que la dispersión de una Zona de Salud afectaba de igual forma a todos los profesionales. De

entonces aquí ha llovido mucho. Más adelante volveremos a esto. Las guardias, y la dispersión geográfica condicionaban la penosidad del trabajo en el medio rural, y este complemento intentó dar salida a la obligatoriedad de las mismas y la situación de aquel entonces.

*Zonas de Salud Sector Barbastro según los 3 criterios:*

	Criterio 1997	Criterio 2004	SALUDGrado de dispersión "G"
<b>ABIEGO</b>	R	R	G4
<b>AINSA</b>	R	R	G4
<b>ALBALATE DE CINCA</b>	R	R	G4
<b>BARBASTRO</b>	U	R	G4
<b>BENABARRE</b>	R	R	G4
<b>BERBEGAL</b>	R	R	G4
<b>BINEFAR</b>	R	R	G3
<b>CASTEJON DE SOS</b>	R	R	G4
<b>FRAGA</b>	U	R	G3
<b>GRAUS</b>	R	R	G4
<b>LAFORTUNADA</b>	R	R	G4
<b>MEQUINENZA</b>	R	U	G4
<b>MONZON RURAL</b>	R	R	G4
<b>MONZON URBANA</b>	U	U	G1
<b>TAMARITE DE LITERA</b>	R	R	G3

R: EAP rural; U: EAP urbano. G1, G2, G3, G4: complementos retributivos de la nómina que valoran dispersión geográfica.

Podemos apreciar, por ejemplo, que Zonas de Salud como Barbastro y Fraga, con cabeceras de 15.000 y 12.000 habitantes respectivamente, y con un número de núcleos periféricos importante, en un caso son rurales y en el otro, urbanas. Sin embargo Mequinenza, con 2.879 habitantes, tiene actualmente consideración de urbana.

Por otra parte, tenemos centros con G3 ó G4, con cupos en cabecera o en poblaciones importantes, con más de 1000 o incluso 1500 TIS, que tienen cero dispersión en jornada ordinaria, pero una parte sustancial de sus retribuciones está incrementada por el "G". **Sin embargo la dispersión de la Zona de Salud no influye en la consideración económica de la atención continuada, a la que sí afecta directamente.**

El resultado es paradójico y en contradicción con la filosofía inicial: el complemento económico "G" determina, de forma importante, la retribución individual del trabajo en jornada ordinaria, al pagar de diferente manera por pacientes similares a causa de la clasificación otorgada a la zona de salud, pero, por otro lado, no influye en las retribuciones de la hora de atención continuada realizada, siendo esta valorada a precio único, independientemente que durante la guardia se atiendan las necesidades de 2 núcleos de población (EAP Mequinenza), o de 97 núcleos habitados, más el poblamiento disperso en caseríos (EAP Graus). **Los turnos de Atención continuada en el origen eran responsabilidad del equipo, pero en los últimos años han devenido en nuestra Comunidad Autónoma en algo voluntario, que ya no hacen los profesionales más mayores o con más presión asistencial.** Y aquí surge la figura del médico/ enfermera de refuerzo, del que nos ocuparemos más adelante.

Por lo tanto, y en mi opinión, podemos aceptar sin mucho problema que al hablar del sector de Barbastro hablamos de un sector rural, o principalmente rural. Sus zonas de Salud parecen ser rurales, pero ... ¿todas? Las clasificaciones no se ponen de acuerdo. Un elemento inherente a la ruralidad es la dispersión de la población; el "G" se aplica al grupo, a la Zona de salud, pero ya hemos visto que dentro de cada una de ellas las condiciones de los puestos de trabajo pueden ser muy diferentes.

### **Realidades y objetivos de los equipos de atención primaria**

A modo de guía para revisar de manera sistemática los diferentes aspectos relevantes y/o diferenciadores de la atención primaria en un sector rural desde el punto de vista de las responsabilidades directivas, vamos a analizar algunos de los objetivos establecidos en el Contrato de Gestión. El Contrato de Gestión (CG) del EAP, partiendo de la base de los recursos disponibles, la población de referencia y la misión del Servicio Aragonés de Salud, establece unos objetivos que se vertebran siguiendo el modelo de excelencia de calidad EFQM<sup>3</sup>.

En este sentido, el principal cometido del equipo directivo de atención primaria del sector consiste en **facilitar**, es decir, engrasar la maquinaria para que todas las personas que pertenecemos a la organización, con los recursos que nos han sido asignados, proporcionemos a la población los cuidados necesarios dentro del marco de derechos y obligaciones que como ciudadanos de este país hemos democráticamente decidido. Probablemente algunas de las características que mencionemos sean menos diferenciadoras o específicas de lo que a veces suponemos, pero aún así su importancia

será relevante para el normal funcionamiento de nuestra organización.

Valga como muestra la marcada importancia que a nuestro juicio tiene, en un sector tan disperso y con tanta variabilidad como el nuestro, la **figura del Coordinador del EAP**; y así se recoge en el enunciado de la Visión, Misión y Valores de nuestro Contrato de Gestión. La formación, el talante y el compromiso del coordinador son elementos clave para promover la motivación e implicación de las personas cuando trabajan en un medio duro, difícil y remoto, y su intervención resulta determinante en el buen desarrollo de los equipos, especialmente en situaciones de crisis. De igual forma lo es su sintonía con el equipo directivo, y su capacidad para transmitir hacia arriba las necesidades del EAP. Resultan fundamentales las intervenciones de la Gerencia encaminadas a potenciar su formación en gestión de personas, la comprensión de las responsabilidades inherentes a su cargo y el reconocimiento de su trabajo.

### Resultados clave

El apartado de resultados clave engloba diferentes indicadores que miden resultados directamente relacionados con nuestra actividad principal, mejorar el nivel de salud de la población, y que analizaremos a continuación.

La **Cartera de Servicios** como elemento organizador de aquellos servicios que toda la población tiene derecho a recibir, tiene ya más de 15 años de vida y está sujeta a un proceso dinámico de revisión y actualización. Entre sus virtudes destacan la reducción de inequidades y ser una herramienta para disminuir la variabilidad de la práctica de los profesionales sanitarios mediante la introducción de protocolos y guías clínicas. En ocasiones puede parecer difícil el desarrollo de formas de trabajo estandarizadas o en equipo en un medio disperso y remoto, pero la experiencia muestra que, como en otros aspectos que más adelante veremos, depende más de aptitudes y actitudes personales que de la cercanía, y no existe relación directa entre el tamaño y la ruralidad del equipo con la obtención de mejores o peores resultados cualitativos.

**Accesibilidad y frecuentación:** El trabajar en Zonas de Salud menos pobladas con bajas ratios de pacientes por médico que hacen posible dedicar más tiempo a cada visita. El gran número de consultorios locales hace que, pese a la dispersión, la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios ordinarios y programados sea muy buena. Un indicador sensible a estas variaciones es la **Frecuentación**. En nuestro Sector, la frecuentación media ponderada en 2006 fue de 9.91, con una desviación estándar de 2.23; es decir, nuestros pacientes acuden como media **10 veces al año al médico**, con una cierta correlación inversa con el número de pacientes asignados, es decir, acuden más cuanto más pequeño es el pueblo. De los 15 Equipos, 4 tienen una frecuentación por debajo de la media (Barbastro, Fraga, Monzón y Castejón de Sos) y el resto superior. De estos, 5 en más de una desviación estándar y de ellos tres más de 3 desv. Estándar (Abiego, Lafortunada y Monzón rural).

**Indicadores de resultados intermedios:** Hasta este momento no disponemos de medición de resultados en salud, cuando menos de resultados intermedios, debido en gran medida a la parcial informatización de los centros de salud. En 2007 se incluye en el CG de nuestra comunidad Autónoma la monitorización de tres indicadores: el porcentaje de diabéticos con hemoglobina glicosilada A1c menor o igual de 7%, el porcentaje de pacientes con factores de riesgo cardiovascular que tienen realizada la medición de éste, y el porcentaje de pacientes anticoagulados controlados en atención primaria con I.N.R. dentro de rango. No tenemos datos sobre su situación, ni comparativos con sectores urbanos.

### Resultados en sociedad, formación e investigación

La actividad formativa e investigadora es determinante para la actualización de conocimientos, pero también constituye un revulsivo importante para mejorar la motivación de los profesionales que trabajan en zonas aisladas. En nuestro sector hay una **dificultad añadida** para asistir a cursos organizados de forma centralizada, por las **distancias existentes**, y se realizan trabajos de investigación con **mucho esfuerzo** debido a la **ubicación en la capital de provincia** de los recursos de las Unidades Docentes de Medicina de Familia, y a la lejanía de los circuitos formales de información y conocimiento (evidentemente Zaragoza, en menor medida Lérida y Barcelona).

La **Unidad Docente** de Medicina de Familia de Huesca está compuesta por un Coordinador, una auxiliar administrativo, el apoyo de un asesor un día a la semana, un técnico de salud compartido con la Dirección de A. P. del sector de Huesca, y en la actualidad un becario vinculado a un proyecto de investigación. Tanto el Coordinador de la Unidad Docente como las Gerencias de ambos sectores (Huesca y Barbastro) son conscientes de las dificultades de su entorno y desde hace años se diseñan todas las actividades orientadas tanto a médicos en formación como a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de los dos sectores. De esta forma se establece una sinergia entre Formación Continuada y Formación Postgrado y toda la oferta formativa se extiende indistintamente a ambos colectivos y a los dos sectores sanitarios, con un reparto lo más equitativo posible de actividades descentralizadas. Los cursos y talleres se organizan tanto

en las ciudades cabeceras de los sectores (donde residen buena parte de los profesionales, desplazándose diariamente hasta sus EAP) como por comarcas (tres-cuatro puntos de asistencia ofertados, con cobertura geográfica de todo el sector), e incluso individualizadas por **cada uno de los 15 centros de salud**. En dos sectores con escasez de recursos, se busca la mayor eficiencia posible de los recursos económicos y del esfuerzo de las personas. En los últimos años el presupuesto de formación de nuestra unidad, sorprendentemente ha disminuido.

La participación conjunta en las actividades formativas de médicos en formación con profesionales de AP o especialidades, con amplia experiencia asistencial aporta un valor añadido y **es muy enriquecedora para todos, también a nivel personal y convivencial, rompiendo el aislamiento**, uno de los enemigos clásicos del médico rural.

Las actividades realizadas en 2006 son las siguientes:

ACTIVIDADES FORMATIVAS	NIVEL DE DESCENTRALIZACIÓN		
	EN CENTROS	EN SECTOR BARBASTRO	EN EL ÁREA
Crédito de formación Gerencia	10	2	1
Crédito MAP	0	2	2
Crédito Extraordinario	1	1	0
Crédito Unidad Docente M.F.yC.	0	5	0
Convenios	0	2	2
TOTALES	11	12	5

Nº de asistentes del Sector	221
-----------------------------	-----

La Gerencia del Sector es consciente del esfuerzo que supone acceder a muchas de las actividades, y en 2006 se ha intentado facilitar la asistencia **facilitando la sustitución** siempre que ha sido posible. En 2006 se han sustituido 721 días para asistir a cursos y otras actividades, presentando **ratios de sustitución superiores a sectores similares pero de ámbito predominantemente urbano**.

La Unidad Docente ha desarrollado una base de datos de actividades formativas que recoge información de cursos, horas impartidas, docentes y discentes, y permite acreditar individualmente cualquier actividad realizada.

Dispone de una página WEB, **[www.unidaddocentehuesca.es](http://www.unidaddocentehuesca.es)**, dónde se puede consultar toda la información disponible. A través de esta página se puede acceder al material docente utilizado en los cursos que se imparten. Se está trabajando para realizar una parte de la **formación a distancia, mediante sesiones de telemedicina con los centros**, lo que permitirá acceder a sesiones formativas a varios centros a la vez y sin necesidad de desplazamientos. Se ha diseñado también la aplicación para poder impartir formación *on line*, y se está iniciando la fase de introducción de contenidos.

Cursos Universitarios de Especialización en Medicina de Urgencia en Montaña: varios profesionales de medicina y enfermería de nuestro sector colaboran con la Universidad de Zaragoza, tanto como alumnos como docentes, en este Máster universitario de medicina de montaña que se realiza en Aragón. Este máster atrae alumnos de toda España por su reconocido prestigio, y es el único de estas características en nuestro país y de los pocos existentes en Europa.

**No contamos** en el sector con ningún técnico o persona con formación similar que pueda apoyar desde "dentro" a los profesionales interesados en realizar trabajos o publicaciones. En 2006 hay dos incidencias que marcan los resultados del año en cuanto a publicaciones y comunicaciones científicas: se van la Técnico de Salud de la Unidad Docente y la Preventivista del Hospital de Barbastro que constituían un apoyo metodológico fundamental para el Sector. La marcha de ambos profesionales y la dificultad de la Direcciones para cubrir otra vez dichos puestos de trabajo, que a día de hoy siguen vacantes, **se inscriben en la pérdida y dificultad de contratación de profesionales en el medio rural**. Como resultado en 2006 se hicieron solamente 7 comunicaciones a jornadas o congresos, y 3 publicaciones de artículos originales en revistas.

Una alternativa es la participación en proyectos de investigación a distancia, y la posibilidad de trabajar con las redes de investigación en A.P. como ejemplo, se está realizando el Proyecto Psicotard, (Estudio de prevalencia poblacional de patología mental en geriatría) en el que participan 11 Profesionales Médicos de 8 Centros de Salud diferentes de nuestro sector, tanto en el trabajo de campo como en la elaboración de resultados y publicaciones. Una innovación tecnológica incorporada es la introducción de las encuestas en la base de datos directamente en la WEB a través de INTERNET.

#### **Resultados en sociedad. Las relaciones con la comunidad**

Los ayuntamientos están presentes en los consejos de salud, dotándolos, a menudo, de

mayor sentido que los consejos de salud urbanos. Esta convivencia más estrecha con los representantes de la comunidad puede suponer tanto un riesgo como una oportunidad, pues no siempre es fácil compaginar la relación personal con el desempeño de una labor técnica. Las expectativas de tipo político pueden condicionar y añadir complejidad a la labor cotidiana de la gestión sanitaria, con un trato más directo. Por otro lado, esto mismo puede allanar dificultades que en ámbitos urbanos puede resultar más difícil y laboriosa de abordar.

Algo muy parecido podría decirse de asociaciones locales de participación, como amas de casa, vecinos, asociaciones culturales, tanto en el campo de las sinergias como en el de las reclamaciones. El conocimiento directo y personal, propio de las comunidades pequeñas, matiza todo este tipo de relaciones e introduce un componente emocional en la toma de decisiones.

Atención continuada (AC) y urgencias

**La preocupación** (sobre todo en tiempos de carencia de profesionales o aumento de las demandas por poblaciones estacionales veraniegas) **por la gestión y organización de la atención continuada es una de las características diferenciales principales** de la gestión sanitaria en el medio rural.

En el Sector de Barbastro, **los 15 Centros de salud están abiertos las 24 horas, con presencia física permanente de medicina y enfermería**, y también se realiza atención continuada en otros tres Puntos de Atención Continuada (PAC), estos últimos a menudo solo con medicina. Estos datos reflejan otra característica del medio rural, entroncada con la dispersión y es la **gran cantidad de profesionales y centros necesarios** para garantizar **equidad y accesibilidad en la asistencia fuera de horas**, y el esfuerzo económico, humano y de organización subsiguiente. La atención continuada la realizan los fines de semana y festivos el personal sanitario de refuerzo, pero el resto de la semana hay mucha variabilidad. Como media en el Sector el 38% de la AC de lunes a viernes la efectúa personal de plantilla de los EAP, y en la mitad de ellos en 2006 el personal de plantilla realizó más del 50% de esta actividad.

La estabilidad del personal de refuerzo que realiza atención continuada en nuestros centros está determinada por la longevidad del modelo en nuestro sector, desde hace quince años, y por la ausencia de procedimientos de movilidad voluntaria. De esta forma los pacientes perciben en sus contactos con el personal de atención continuada una continuidad asistencial que está basada en el conocimiento mutuo y que aporta un valor añadido.

zona de salud	frecuentación ANUAL de AC (nº total de visitas/poblac total)	denº de hab./año	% de avisos/100Realizada plantilla de lu a vi.	A.C. por
<b>ABIEGO</b>	0,87	9,56	44,89%	
<b>AÍNSA</b>	<b>2,20</b>	12,27	54,59%	
<b>ALBALATE</b>	1,01	7,23	78,07%	
<b>BARBASTRO</b>	1,24	8,70	26,64%	
<b>BENABARRE</b>	1,10	<b>17,81</b>	67,89%	
<b>BERBEGAL</b>	0,73	8,79	50,23%	
<b>BINEFAR</b>	1,55	7,56	33,70%	
<b>CASTEJON SOS</b>	<b>2,25</b>	6,73	34,51%	
<b>FRAGA</b>	0,89	5,59	5,55%	
<b>GRAUS</b>	1,09	11,36	25,20%	
<b>LAFORTUNADA</b>	1,46	<b>17,23</b>	54,38%	
<b>MEQUINENZA</b>	1,43	11,77	55,74%	
<b>MONZÓN URBANO</b>	<b>2,05</b>	10,48	0,00%	
<b>TAMARITE</b>	0,85	11,13	33,33%	
<b>MONZÓN RURAL</b>	1,39	<b>32,55</b>	71,67%	
<b>TOTAL SECTOR</b>	<b>1,36</b>	<b>9,69</b>	37,52%	

La frecuentación anual en el Sector de Barbastro en Atención Continuada es de 1,36, quiere esto decir que, como media, la población del sector pasa 1,36 veces por nuestros centros en horario de AC y las diferencias que se observan entre unas y otras zonas se deben a la influencia de múltiples factores. Preferencias de la población y dificultades en la accesibilidad en horario de jornada ordinaria posiblemente condicionan la tasa elevada en Monzón Urbano; una elevada presión estacional elevan la tasa en Castejón de Sos y Aínsa.

Otra variable como el porcentaje de pacientes **derivados al hospital depende de la distancia al centro hospitalario desde el Punto de Atención Continuada**, siendo menor en los más distantes, al igual que el porcentaje de pacientes que acude por su cuenta al hospital. Hay una variabilidad llamativa en el número de **asistencias a domicilio** realizadas por zona de salud. Parece haber una razonable relación con la dispersión geográfica y con el envejecimiento de la población. Pero también podría existir relación con el tipo de profesional que realiza la asistencia; se observa una correlación entre el porcentaje de avisos sobre el total de las urgencias con la cantidad de atención continuada que realiza el personal de plantilla (Monzón rural sería el máximo exponente aunque hay que añadir que el PAC no está en la zona de salud); en general allí donde las

guardias las hacen refuerzos, el nivel de domicilios es mucho menor. Esto puede deberse a que por un lado **los vínculos del médico de cabecera con sus pacientes** hacen más difícil eludir los domicilios, y por otro a que el médico de refuerzo, a veces sobrecargado por un acúmulo de actividad, se resiste más a aceptar este tipo de avisos y asume un riesgo mayor que el médico de cabecera..

### Personas. Los profesionales

El impacto personal de trabajar en el medio rural, y la decisión de vivir allí, o por el contrario desplazarse a diario, es otra de las características diferenciales de la gestión de nuestro sector. No es infrecuente que profesionales que viven en las ciudades de nuestra comunidad Autónoma, incluso Zaragoza, realicen cada día un trayecto de una hora o incluso más hasta llegar a los pueblos que tienen asignados, con el consiguiente sobreesfuerzo y riesgo laboral añadido.

En materia de personal y de relaciones laborales han sucedido cambios importantes en nuestra Comunidad Autónoma desde que se completaron las transferencias sanitarias. De ellos, los que más positivamente han influido en los profesionales han sido:

- el acercamiento entre administración e interlocutores sindicales que ha permitido mejorar el diálogo y alcanzar pactos,
- la estatutarización de todas las plazas
- y la convocatoria regular de traslados y oposiciones.

### Medicina

En los últimos años se ha producido cambios importantes en el perfil de los médicos de nuestro sector. Como ya hemos comentado, hace unos años en la zona rural trabajaban médicos funcionarios sin formación vía MIR, mientras que estos últimos accedían a plazas estatutarias en las ciudades. Después del importante paso dado en Aragón con la estatutarización de todas las plazas y la unificación de los procedimientos de movilidad voluntaria, esto ha dejado de ser así y por lo que a nuestro sector se refiere han aumentado los especialistas vía MIR, siendo en la actualidad el 21% del total de las plazas de plantilla.

### Enfermería

Enfermería se encuentra en un momento crucial para el crecimiento de la profesión: la reforma de los estudios universitarios, la aparición de especialidades, el incremento de población dependiente con la aparición de la Ley de Dependencia, el incremento de contenidos y funciones de enfermería, la implantación y el desarrollo de la metodología enfermera, la necesidad de redefinir con medicina las tareas asistenciales motivada entre otras razones por la creciente escasez de éstos, el papel de la enfermería en el seguimiento de pacientes crónicos, la aplicación de técnicas, su capacidad para potenciar los autocuidados y la salud de la población. Todo ello unido a la necesidad de trabajar de forma complementaria con medicina, integrando ambos la información de forma útil en la historia clínica informática y evitando caer uno de nuestros males actuales, la "registritis".

### Refuerzos

A partir de los pactos del 92, y a medida que se extendía la reforma de la atención primaria, los médicos y enfermeras de refuerzo han formado parte del paisaje de nuestros centros de salud. Conviene recordar que la figura surge en un momento de exceso de oferta de mano de obra y **su incorporación al sistema se hace en condiciones de desigualdad**. En la provincia de Huesca se realizan contratos de refuerzo en todos los centros de salud y tanto su actividad como el sistema de contratación, e incluso de movilidad, se pactan con los interlocutores sindicales y su aplicación se realiza de forma homogénea en todo el territorio; efectúan tanto la atención continuada como las sustituciones. Coincidiendo con la época de la transferencia sanitaria se igualan las condiciones retributivas con las del personal de plantilla y se les reconocen los mismos derechos laborales.

Los refuerzos siempre han constituido una pieza clave para la prestación eficaz de la cobertura asistencial y para hacer posible la organización de los equipos, más claramente aun en el medio rural, pero solo recientemente han empezado a ser visibles para las organizaciones sindicales. En nuestro sector son unos trabajadores de los centros de salud que la población identifica fácilmente como proveedores habituales de asistencia sanitaria y gozan de buena consideración entre compañeros y usuarios.

En el momento actual se ha invertido el equilibrio entre oferta y demanda y **el modelo de organización de personal sanitario en la atención primaria de nuestra Comunidad Autónoma necesita una revisión a fondo**. Se hace necesaria la integración de este personal en el sistema sanitario de forma estructural a la vez que se posibilita un reencaje del resto de las piezas del rompecabezas. Y es que esta integración de los actuales refuerzos se va a producir en un escenario distinto al de hace quince años: en un sector con todos los centros abiertos las 24 horas pero con profesionales que van cumpliendo

años y han disfrutado de exención de guardias, con unas expectativas por parte de los refuerzos no siempre realistas promovidas a veces desde sectores con intereses, con una **mayor feminización de la profesión** y la necesidad de conciliación de la vida laboral y familiar, con la sensación de **pérdida retributiva con respecto a comunidades vecinas**. Teniendo en cuenta los cambios sociales, las nuevas tecnologías, las mejoras de las comunicaciones, la aparición de otros actores con responsabilidades sociosanitarias, la existencia de un centro coordinador de urgencias, de un eficaz aunque siempre mejorable dispositivo de transporte sanitario urgente, etc, etc.

La integración de los refuerzos debe permitir avanzar hacia un modelo que facilite la autonomía de los Equipos en la gestión de los recursos asignados con la suficiente elasticidad para adaptarse a las necesidades y preferencias de los profesionales y de la población. Una fórmula podría ser diseñar unas plazas de médicos y enfermeras de atención primaria de sector asignados a un EAP, con igualdad de condiciones retributivas que el personal de éstos, que tengan como función principal la cobertura "en espejo" de la jornada ordinaria y de atención continuada que no realicen los actuales miembros de los equipos, con un marco organizativo que permita la adecuación de las jornadas y sus contenidos a las necesidades asistenciales y del personal. El objetivo último debe de ser garantizar la cobertura asistencial eficiente tanto en jornada ordinaria como en atención continuada, con elevada satisfacción de las personas y de los usuarios, y la obtención de unos resultados en salud en consonancia con las líneas estratégicas de nuestro servicio de salud.

### **Alianzas y recursos. las infraestructuras**

- Condiciones climatológicas extremas determinan las características funcionales de los centros de salud y los consultorios locales.
- La dispersión obliga a disponer de un gran número de inmuebles: 15 centros de salud y 3 PAC para 107.000 habitantes.

Es frecuente, o lo era hasta hace poco la precariedad de instalaciones y dotación en muchos consultorios locales (calefacción, agua caliente, inmuebles inadecuados,...). En los últimos años se ha producido una mejora importante. Persisten no obstante dificultades de accesibilidad para personas discapacitadas en muchos consultorios.

Todos los Puntos de Atención Continuada están dotados de vehículos, todo terreno en los EAP de alta montaña, disponen de teléfono móvil y están conectados con el Centro Regulador de Urgencias del 061, lo que permite centralizar las llamadas y que el ciudadano obtenga siempre respuesta ante cualquier demanda asistencial, aunque los profesionales sanitarios se encuentren fuera del centro.

El hospital y los centros de especializada en general, sin entrar a considerar la adecuación de sus plantillas para la población de referencia, padecen dificultades permanentes para la contratación de muchos de sus especialistas debido a la lejanía del sector de los hospitales de formación de especialistas. Es frecuente que al terminar el periodo de formación MIR éstos acepten ofertas laborales, de inferior calidad incluso, en el hospital formador o en su entorno. Aunque el hospital de cualquier sector no puede renunciar a tener una dotación de servicios estándar, si que se hace cada vez más evidente que su organización funcional no puede ser una copia a menor escala de la organización de los hospitales de las grandes ciudades.

### **La prescripción**

No parece haber grandes diferencias en el manejo de este ítem entre medio rural y medio urbano.

*El gasto farmacéutico.*- Por la capacidad que tiene de desequilibrar el presupuesto de cualquier servicio de salud, es un caballo de batalla de los gestores cuya importancia con toda seguridad ha sido mal transmitida por éstos y mal entendida por los médicos en los últimos 15 años. El gasto en medicamentos prescritos por atención primaria es muy importante (el 56% del presupuesto anual de nuestro sector) y similar a otros. En un mundo rico pero de recursos limitados esto condiciona las posibilidades de crecimiento en otras necesidades: reformas de centros, otras tecnologías que aumenten nuestra capacidad de resolución, mejoras retributivas, cobertura de necesidades sociosanitarias, etc. Está claro que en la evolución de este gasto intervienen elementos por todos conocidos sobre los que el profesional no puede influir: los sistemas de autorización y registro de nuevos medicamentos por las agencias reguladoras, su financiación selectiva por el Sistema Nacional de salud, la política de la industria farmacéutica y sus pactos estatales, las campañas dirigidas en los medios de comunicación, el comportamiento poco ético y sesgado de líderes de opinión, ...

Al final, en todo este mundo complejo de la prescripción, desde el punto de vista del profesional, el enfoque coherente no es fijar la atención en el gasto en sí, sino en qué están basadas las decisiones que se toman cuando se prescribe.. El objetivo compartido que todos deberíamos perseguir es el de alcanzar una prescripción razonada y razonable, es decir, tratar con fármacos cuando sea necesario, el tiempo que sea necesario, con aquel



más seguro y que más beneficie a nuestro paciente, y reducir la variabilidad. Y debemos aspirar a medir resultados en salud, individual y colectiva.

En este sentido, **en nuestro sector los dos últimos años se elaboró un Índice Sintético de Calidad de Prescripción (ISCP)** que agrupaba en una sola cifra los resultados individuales de los indicadores de calidad de prescripción propuestos en el Contrato de Gestión en un intento de hacer más comprensible el resultado, permitir relacionarlo con otras variables y facilitar la comparación entre los distintos profesionales. Podemos decir que despertó el interés de los profesionales y estimuló el debate.

En 2006 se constituyó un grupo de trabajo compuesto por médicos con diferentes perfiles que, con una metodología de consenso validada por otros grupos de trabajo, construyó para toda la Comunidad Autónoma un Índice Sintético de Calidad de Prescripción que engloba 10 indicadores<sup>4</sup>. Estos 10 indicadores fueron elegidos por el grupo en base a los conocimientos actuales y se ponderó el peso de cada uno en el índice final en función de la importancia que el profesional le daba y de cómo éste quería ser evaluado.

Volviendo a nuestro asunto, ¿es diferente la prescripción en el medio rural?, ¿influye el tamaño del cupo y la presión asistencial en ésta? Un argumento que se escucha con cierta frecuencia es que con un cupo grande es imposible hacer una prescripción de calidad. Después de dos años de analizar primero nuestro indicador de sector y ahora el nuevo Índice Sintético, hemos confirmado algunas intuiciones<sup>5</sup>. Si bien el Índice se refiere a la prescripción individual, hemos realizado también el análisis por Zona de Salud ya que los médicos trabajan en un equipo con el que comparten experiencias, formación, información y otras influencias:

En el análisis por Equipos con los resultados del IS agrupados en intervalos de  $\pm 2$  desviaciones estándar (**imagen 3**), se observa que entre los índices de los profesionales de cada equipo existe una gran variabilidad, y **en la magnitud de esta variabilidad no hay relación estrecha ni con el tamaño del EAP ni con el carácter rural o urbano de éste**. El espectro es amplio y se aprecia que hay equipos cuyo límite inferior del intervalo es mayor que el límite superior de otros. Sí que parece haber relación con otras variables, aunque todavía no hemos completado su análisis. Por ejemplo **los equipos con peores resultados en IS muestran más elevadas tasas de derivación a atención especializada, lo que puede estar relacionado con una menor capacidad de resolución en atención primaria y un mayor peso de la prescripción inducida**.

En el análisis individual por prescriptores no parece haber relación entre el tamaño del cupo y el resultado en el ISCP (**imagen 4**), aunque está pendiente de análisis. Este mismo análisis aporta otro dato que merece la pena destacar: si tenemos en cuenta que **los componentes del ISCP han sido seleccionados por los profesionales con criterios exclusivamente técnicos, sin tener en cuenta criterios de gasto**, es interesante señalar que en la distribución del ISCP los profesionales con peores puntuaciones son los que más se desvían en su gasto farmacéutico con relación al presupuesto capitativo.

La prescripción es un acto médico resultado final de un proceso de decisión y, por tanto refleja actitudes y esperanzas del prescriptor determinadas a su vez por sus conocimientos habilidades y experiencia, así como por el entorno en el que efectúa dicha prescripción<sup>6</sup>

### **Tecnologías de la información y telemedicina**

**La importancia y extraordinaria utilidad de las tecnologías de la información, Internet, y la comunicación electrónica**, como herramienta que viene a paliar muchos problemas causados por las distancias y el aislamiento, **sería otra de las características de la organización y gestión sanitaria del medio rural**.

El Sector de Barbastro es, junto con el Sector 3 de Zaragoza, sector piloto para la implantación del Plan de Sistemas que el Departamento va a extender a todo el territorio aragonés. En la actualidad están cableados todos los centros asistenciales, se está implantando el aplicativo OMI en todos los Centros de Salud que a partir del otoño se extenderá a los consultorios locales, y disponemos de una **Intranet que permite la integración de los sistemas de información de asistencia primaria y especializada** y la visión de los datos informatizados de los pacientes (análisis, informes de anatomía patológica, historia de OMI, Rx, TAC, informes clínicos de alta médica y de enfermería, etc.) desde cualquier centro sanitario del sector (centros de salud, ambulatorios de especialidades y hospitales), independientemente de la procedencia del dato, AP/ consultas de especializada/ Hospital.

**Como consecuencia** de una determinada visión de presente y de futuro, basada en el análisis **de una realidad geográfica rural difícil** y en unas expectativas de utilización de las tecnologías emergentes, el **Equipo Directivo del Sector ha liderado la introducción de las nuevas tecnologías en la práctica asistencial**. Para ello se ha procurado la búsqueda de oportunidades en los ámbitos autonómico, nacional y europeo para conseguir financiación que apoyara nuestros proyectos.

En los últimos años se ha participado **en proyectos de ámbito europeo como el SUP**

**(Seguridad y Urgencias en los Pirineos)** entre 2000 y 2006, y el HEALTH OPTIMUN (Servicios de telemedicina sobre redes de banda ancha).

El primero es un proyecto compartido con la C.A. de Cataluña y con Francia para investigar la aplicación de tecnologías de comunicación en la atención de urgencias en medio hostil. El HEALTH OPTIMUN en un proyecto de validación de tecnologías en telemedicina entre el Hospital y los Centros de Salud. Se ha realizado la evaluación de la primera fase con buenos resultados y se ha conseguido financiación para su extensión a más centros de toda la Comunidad Autónoma. Sus objetivos son :

- Incorporar servicios de consulta virtual: los especialistas desde su consulta en el hospital puedan visitar a pacientes en sus centros de salud de referencia.
- Incorporar servicios de teleconsejo "on-line" entre primaria y especializada y entre distintos servicios de especializada.

El proyecto se inició con el Hospital de Barbastro y los Centros de Salud de Castejón de Sos y Fraga, los más distantes de nuestra geografía, y las prestaciones iniciales son consulta virtual en hematología, teleconsejo en Nefrología y Unidad de Mama, y teleradiología. Hay involucradas un total de 60 personas entre atención primaria y especializada.

Las sesiones realizadas en el segundo semestre de 2005 fueron:

	Sesiones
Hematología	10
Nefrología	16
Oncología + U.	269
Tele-radiología	790
Total	1085

En la actualidad se está extendiendo a otras especialidades, y los Centros de Salud que disponen de estación de video-conferencia son Fraga, Castejón de Sos, Binéfar y Aínsa.

La evaluación realizada arroja muy buenos resultados en la valoración que hacen tanto los pacientes como los profesionales y la Organización. Los aspectos mejor valorados son los siguientes:

#### **Ciudadano:**

- Proximidad en la asistencia. Acercamiento a su entorno
- Aumento de la calidad percibida
- Mejora de la seguridad del paciente
- Agilización de la asistencia
- Mejora de la confianza en los profesionales
- Acceso más equitativo de los ciudadanos del mundo rural a los servicios sanitarios.

#### **Profesionales:**

- Mejora de sus condiciones de trabajo
- Aumento de su motivación por la introducción de nuevos retos profesionales.
- Transferencia de conocimiento bidireccional entre niveles asistenciales.
- Aumento de la valoración profesional por parte de los pacientes
- Mayor seguridad en las distintas actuaciones diagnósticas y terapéuticas.

#### **Organización Sanitaria:**

- Sostenibilidad del sistema sanitario público gracias a la optimización de los recursos sanitarios.
- Avanzar hacia la excelencia mediante la innovación.

En 2006 se puso en marcha el proyecto de telemedicina para **el cribaje de retinopatía y glaucoma en pacientes diabéticos** mediante retinógrafo digital, del que todavía no hay resultados, pendiente de desarrollo e implantación definitiva. En la actualidad se ha iniciado un proyecto de **tele dermatología** con fotografía digital y dermatoscopio que estamos pilotando en Aínsa y Lafortunada. Próximamente entraremos en nuevos proyectos e-ten (*European Teacher Education Network*).

Estamos convencidos de que la **telemedicina es una herramienta útil y necesaria en la actividad asistencial y formativa de la sanidad rural**. En el futuro debería contarse con la incorporación de la telemedicina para planificar la asignación e integración de los

recursos y el desarrollo de la cartera de servicios en sectores con zonas dispersas y remotas.

### **Necesidades de organización y modelo retributivo**

Los Equipos de Atención Primaria del medio rural necesitan avanzar en su adaptación a los cambios que se han producido en nuestro entorno. Todavía una parte de las normativas de referencia y de nuestras referencias mentales provienen de una época, los años setenta y ochenta del pasado siglo, en la que Atención Primaria comenzaba a despegar: en los pueblos los médicos no solían tener formación MIR, estaban con o habían conocido la jornada continua de 24 horas, los turnos de guardias, la supeditación a los ayuntamientos; por el contrario, los centros urbanos se nutrían de especialistas de medicina familiar y comunitaria, estos eran estatutarios y aquellos funcionarios, los lenguajes eran diferentes e inencontrables. Todos ellos tenían a su disposición sustitutos y refuerzos, predominaba un estilo paternalista en el ejercicio de nuestra actividad y el paciente solo tenía acceso a la información que su médico o la que el especialista le facilitaba, la opinión del usuario y de la sociedad no eran tenidas en cuenta. No se habla de gestión clínica, la organización de los equipos apenas ha evolucionado, con poca implicación en la toma de decisiones, y el profesional solo se reconoce con un cierto grado de autonomía cuando actúa a espaldas del sistema.

En nuestro tiempo, los equipos deberían aspirar a la innovación, a la madurez, a mejorar su organización y a tener capacidad para gestionar su actividad en el marco de las líneas marcadas por el Departamento de Sanidad, con objetivos pactados en su contrato de gestión, adaptados a su entorno (necesidades de la población, madurez del EAP, retos) y evaluados. Todo ello debe estar fundamentado en:

- Orientación de los profesionales a la gestión clínica e incorporación de conocimientos
- Un Coordinador con funciones directivas bien definidas, responsable y reconocido.
- Cauces de comunicación con la sociedad, ciudadanos, comarca, etc.
- Redefinición de los Equipos con desaparición de la actual figura de refuerzo y creación de las plazas estructurales necesarias, con la figura legal que se decida, para dotar a cada Zona de Salud de plantilla suficiente para garantizar la cobertura asistencial permanente que el medio rural precisa.
- Reglamento que, con una perfecta definición de funciones y de jornada anual ordinaria y complementaria, permita modelos organizativos creativos adaptados a las necesidades, preferencias, incidencias, madurez e imaginación de los equipos.
- Garantizar la suficiencia económica del modelo con transmisión al Equipo de los riesgos: es decir, que una buena gestión de los recursos humanos genere incentivos económicos directos para los profesionales.
- Es necesaria una revisión de las retribuciones y debería buscarse una fórmula que intentara fijar profesionales en las zonas remotas.

### **Algunas propuestas de futuro para el medio rural sanitario.-**

- Desde la reforma de la AP, con la desaparición del médico titular, clavado día y noche a un partido médico, **los ayuntamientos y comarcas** implicados, (no olvidemos que en zonas remotas muchas veces con elevados ingresos provenientes del turismo y actividades urbanísticas...), han desistido de su antigua implicación en el funcionamiento de la salud local. Estoy convencido que **tienen en sus manos elemento fundamentales y decisivos para atraer y fijar profesionales sanitarios en esas Zonas de Salud**. Cuando menos, deben ser conscientes de esta realidad y aportar ideas y esfuerzo para evitar llegar a una situación no reversible.
- Con relación a **las retribuciones** creo que no debemos pretender su crecimiento lineal, pagar más por lo mismo y de la misma manera. Del mismo modo que es necesaria una carrera profesional que reconozca los méritos y el esfuerzo en el desarrollo profesional de las personas, es también necesario emprender una reforma a fondo del modelo retributivo. En ese sentido quiero lanzar una propuesta: dado que el complemento "G" como coeficiente colectivo de Zona de Salud es incongruente y tremendamente injusto cuando se aplica a los puestos de trabajo individuales por la gran variabilidad de estos, y el resultado es que se paga diferente por hacer lo mismo, **el "G" debería de desaparecer como elemento modulador del complemento específico** y retribuir a todos los profesionales por este concepto en virtud del número de pacientes y su complejidad (hoy por grupos de edad) con un valor por TIS que debería negociarse partiendo por ejemplo de la media de los valores que actualmente genera el "G". En jornada ordinaria genera el mismo trabajo a los profesionales un diabético, un inmovilizado o 1500 pacientes, vivan en Zaragoza, Monzón o Castejón de Sos. **Otra cosa es la dispersión que cada profesional tenga en su puesto de trabajo**, que creo se debe **reconocer y compensar** de otro modo, de **forma individual** y lo suficientemente atractiva para que estos quieran trabajar en nuestros territorios.

### **Consideraciones finales**

Al final vemos que muchos de los componentes de la medicina rural no son específicos de ésta y que el comportamiento diferente de muchas de estas variables depende no tanto de las diferencias del medio como de la variabilidad de la práctica médica de los profesionales. En nuestra opinión y como resumen final, enumeraremos aquellas características que sí definen las condiciones de trabajo en nuestro medio:

- Todo el sector sanitario es remoto respecto al centro de actividades científicas, formativas y de relación: Zaragoza, la ciudad de referencia.
- Las Zonas de Salud más distantes, resultan remotas con relación a donde viven o aspiran a vivir un gran número de los profesionales que las atienden.
- Sin embargo, existe un perfil de profesional que ha establecido su domicilio y su futuro en su Zona de Salud, integrándose en la comunidad que atiende.
- Baja densidad de población.
- Elevada dispersión, dificultades geográficas y climatológicas, carreteras secundarias.
- Elevado gasto corriente/ persona atendida.
- Alta frecuentación de la población.
- Importante capacidad de resolución.
- Déficit de profesionales sanitarios, mayor cuanto más especializado es el perfil profesional demandado.
- Mayor contacto en interacción con los poderes locales, como ayuntamientos y consejos comarcales, mayor sentido de la participación comunitaria a través de sus representantes públicos.
- Grandes desplazamientos de los profesionales al puesto de trabajo.
- Intervención habitual de los profesionales de plantilla en la atención continuada y la urgencia médica.
- Implicación de los EAP con los recursos socio-sanitarios de la zona.
- Necesidad de facilitar el acceso a actividades formativas.
- Oportunidad y necesidad de incorporación de nuevas tecnologías. Telemedicina.

